**SAÚDE PÚBLICA**

A preocupação com a saúde da sociedade remonta desde a antiguidade, a necessidade de criar um conceito sanitário que abrangesse essas necessidades foi se desenhando ao longo dos anos. Atualmente entre os inúmeros termos que permeiam a saúde da sociedade como um todo podemos citar a saúde pública e a saúde coletiva como os termos mais recorrentes, a seguir especificaremos as suas diferenciais conceituais.
 A saúde pública consiste em um conjunto de ações e serviços de caráter sanitário que tem como objetivo prevenir ou combater patologias ou quaisquer outros cenários que coloquem em risco a saúde da população. Como é dever do estado assegurar serviços e politicas voltadas para a promoção da saúde e bem estar da população, o termo saúde pública é consideravelmente mais conhecido e utilizado que o termo saúde coletiva.

 **Saúde coletiva**

 A saúde coletiva consiste em um movimento sanitário de caráter social que surgiu no SUS, esse movimento é composto da integração das ciências sociais com as políticas de saúde pública. A saúde coletiva identifica variáveis de cunho social, econômico e ambiental que possam acarretar no desenvolvimento de cenários de epidemia em determinada região, por meio de projeções feitas através da associação dos dados socioeconômicos com os dados epidemiológicos é possível elaborar uma eficiente politica de prevenção de acordo com as características da região. Vale ressaltar que a saúde coletiva também possui aplicações dentro da iniciativa privada.

 Toda a saúde pública é coletiva, mas nem toda saúde coletiva é pública, grosso modo podemos dizer que o planejamento da saúde pública e mais amplo que o da saúde coletiva, além de dispor de mais recursos do estado, ao passo que a saúde coletiva é planejada de acordo com as particularidades da região, tornando-a mais funcional em especial no aspecto preventivo.

A saúde pública é a disciplina que trata da proteção da saúde a nível populacional. Neste sentido, procura melhorar as condições de saúde das comunidades através da promoção de estilos de vida saudáveis, das campanhas de sensibilização, da educação e da investigação. Para tal, conta com a participação de especialistas em medicina, biologia, enfermagem, sociologia, estatística, veterinária e outras ciências e áreas.

O desenvolvimento da saúde pública depende dos governos, que elaboram diversos programas de saúde para obedecer aos respectivos objetivos. Das várias funções da saúde pública, destacam-se a prevenção epidemio-patológica (com vacinações massivas e gratuitas), a proteção sanitária (controle do meio ambiente e da contaminação), a promoção sanitária (através da educação) e a restauração sanitária (para recuperar a saúde).

Os organismos de saúde pública devem avaliar as necessidades de saúde da população, investigar o surgimento de riscos para a saúde e analisar os determinantes de tais riscos. De acordo com o que for detectado, devem estabelecer as prioridades e desenvolver programas e planos que permitam responder a essas necessidades.

A Saúde Coletiva é um movimento que surgiu na década de 70 contestando os atuais paradigmas de saúde existentes na América Latina e buscando uma forma de superar a crise no campo da saúde. Ela surge devido à necessidade de construção de um campo teórico-conceitual em saúde frente ao esgotamento do modelo científico biologicista da saúde pública.

A saúde pública é entendida como vários movimentos que surgiram tanto na Europa quanto nas  Américas como forma de controlar, a priori,  as endemias que ameaçavam a ordem econômica vigente e depois como controle social, buscando a erradicação da miséria, desnutrição e analfabetismo.

Contudo, os vários modelos de saúde pública não conseguiram estabelecer uma política de saúde democrática efetiva e que ultrapassasse os limites interdisciplinares, ou seja, ainda permanecia centrado na figura hegemônica do médico.

Dessa forma, muitos programas de saúde pública, endossados pela Organização Mundial de Saúde, ficaram reduzidos à assistência médica simplificada, isto é, aos serviços básicos de saúde; resumindo: para uma população pobre um serviço pobre.

**PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

O processo saúde-doença é resultante de determinada organização social e influenciado por diversos aspectos que caracterizam a inserção social dos indivíduos e grupos em busca de melhor qualidade de vida.

Atualmente, apesar de a saúde não mais ser considerada apenas como a inexistência de doença, ainda podemos perceber, em diversas situações, que a prática dos serviços volta-se prioritariamente para uma atuação curativa que envolve ações relativas somente à doença, principalmente queixas específicas e pontuais. Por exemplo, num serviço de Pronto-Atendimento a preocupação dos profissionais centra-se na queixa apresentada pelo paciente e a conduta a ser adotada procura apenas “solucionar” o problema, sem a preocupação de esclarecer suas causas.

Idêntica postura também ocorre em outras fases da assistência. Tal fato só ratifica a necessidade de que devemos desenvolver intervenções de prevenção e controle permanentes da saúde da população, visando à melhoria dos indicadores de saúde.

Saúde e doença são manifestações das formas de viver em sociedade, e não um acaso no destino das pessoas. O processo saúde-doença decorre da qualidade de vida das populações. As possibilidades de adoecimento e morte dependerão, em última instância, de como se vive em sociedade, sendo distintas em função da classe ou grupo social, da cultura, da raça, da geração e do gênero.

Esse entendimento está presente na definição de saúde que originou o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a importância de que, para se ter um melhor nível de saúde na sociedade, faz-se necessário investir em melhorias na habitação, na renda, no consumo de alimentos, no aumento da escolaridade e na construção de ambientes saudáveis. Ou seja, não basta investir apenas em serviços de saúde voltados para atender às doenças das pessoas, é preciso ampliar os **espaços de promoção** **da saúde**.

**Aspectos históricos da promoção da saúde**

 Qualidade de vida é entendida como uma condição relacionada ao modo de viver em sociedade, articulando o momento histórico, o grau de liberdade social, as conquistas técnico-científicas e a possibilidadede seu usufruto pela população.

Em 1977, a Organização Mundial da Saúde propôs a seguinte meta: “Saúde para Todos no ano 2000”. Como decorrência, tanto o cenário brasileiro quanto o mundial estabeleceram um debate sobre o conceito de saúde-doença e a estruturação dos serviços de saúde. Um dos aspectos centrais no encaminhamento dessa meta era o detalhamento e a operacionalização do conceito de eqüidade, reconhecendo-se como fundamental a superação das desigualdades sociais para a melhoria das condições de saúde das populações.

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde ocorreu em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, tornando-se a principal referência nesse campo e contribuindo para ampliar as discussões sobre os determinantes da saúde (fatores sociais, econômicos e ambientais) e as ações de promoção. Na ocasião, a promoção da saúde foi conceituada como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Essa concepção faz com que a população deixe de ser apenas o alvo dos programas, passando a assumir uma posição atuante na definição dos problemas a serem enfrentados. Amplia-se a concepção de saúde referindo-a aos seus determinantes e, também, à possibilidade de intervenções que extrapolam o setor saúde. Os campos de ação definidos na Carta de Ottawa, documento elaborado nessa Conferência, incluem cinco eixos de atuação, quais sejam:

1. Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;

2. Criação de ambientes favoráveis à saúde;

3. Reforço para a ação comunitária;

4. Desenvolvimento de habilidades pessoais;

5. Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Em 1988, na conferência realizada em Adelaide, Austrália, as discussões centraram-se no tema políticas públicas saudáveis, reforçando o entendimento da saúde como direito humano fundamental e sólido investimento social. Para o fortalecimento das políticas públicas saudáveis, foi evidenciada a necessidade de ampliar o interesse e a preocupação de diferentes setores no sentido de criar ambientes favoráveis à vida. Nas discussões, foi ainda destacado o conceito de eqüidade, como meta para a superação das desigualdades decorrentes da inserção social diferenciada – e também ressaltada a importância do desenvolvimento de parcerias com vistas a ações intersetoriais capazes de causar impacto sobre as condições geradoras de saúde. Por exemplo: no caso das doenças diarréicas, a ação intersetorial sobre os determinantes poderia envolver, além das instituições de saúde, o setor de habitação e urbanismo (que verificaria o planejamento do crescimento das cidades, oferecendo moradias em locais que não prejudiquem o meio ambiente), os órgãos responsáveis por água e esgotos (com vistas à ampliação da oferta de água tratada com qualidade e disponibilização de rede de esgoto para a população), os órgãos ligados à comunicação e publicidade (para o incentivo ao aumento da prática de aleitamento materno e divulgação de medidas adequadas para limpeza de verduras, frutas e o acondicionamento de outros alimentos), a vigilância sanitária (no tocante à fiscalização dos locais que comercializam alimentos) e o setor de educação (que introduziria conceitos de higiene pessoal no conteúdo curricular, a partir das primeiras séries).

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que aconteceu em 1991, em Sundsvall, na Suécia, contribuiu para a melhor caracterização do que vem a ser ambientes saudáveis. As discussões realizadas incorporaram ao conceito de ambiente as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, além dos aspectos físicos e naturais. Ou seja, ambiente saudável é aquele isento de riscos de acidentes, de contaminação, de esforço físico inadequado, de exposição a situações de discriminação, violência ou injustiça.

Em 1992, na América Latina, em Santafé de Bogotá, Colômbia, foi realizada uma Conferência Internacional de Promoção da Saúde com a participação de representantes de vários países latino-americanos, onde foi discutido principalmente o conceito do novo campo de conhecimentos e práticas da promoção da saúde no contexto do continente latino-americano. Nessa reunião, foi destacada a importância dos determinantes sociais sobre a saúde dos povos, propondo-se que o conceito de promoção da saúde incorporasse a tarefa de “transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar social”. A principal contribuição da América Latina no âmbito da promoção da saúde se deu no sentido de explicitar o entendimento da produção social da saúde. Ou seja, incorporou ao debate a análise das situações concretas de vida das populações, ressaltando o contingente da população em situação de miséria e de exclusão social nos países de economia dependente.

Em 1997, em Jacarta, Indonésia, ocorreu a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Foi a primeira vez que um país asiático e em desenvolvimento, com problemas básicos extremamente sérios nas áreas de educação, saúde, trabalho, sediou um evento como esse, o que acabou por reforçar os propósitos anteriormente delineados para a promoção da saúde. Nesse encontro, foi destacada a importância de se formular ações concretas para o alcance dos propósitos e de se estabelecer uma articulação mundial para efetivá-las, dadas as condições desiguais vivenciadas pelos diferentes países.

Em síntese, é possível perceber que o nível de saúde de uma população depende da ação de diversos setores que atuam na sociedade, sendo que o setor saúde é apenas um dentre eles. Se pretendermos alcançar melhores indicadores na área da saúde, precisaremos desenvolver uma ação integrada com os demais setores que executam políticas públicas.

Apesar de muitos autores defenderem a capacitação da população no sentido de participar do controle e/ou melhoria das condições de saúde - aspecto central no processo das mudanças necessárias -, isto ainda não é uma realidade, pois um sistema social e político saudável necessita de ações educativas associadas a ações gerenciais e econômicas. No controle das doenças diarréicas, podemos perceber que a prática da educação em saúde centrava-se principalmente na orientação sobre higiene pessoal e alimentação para a população. Em geral, tal orientação não modificava as condições que geravam ou perpetuavam os problemas, como a ausência de saneamento básico, por exemplo. Os programas educativos tendiam a focalizar somente a ação individual, e não as ações de alcance coletivo.

Outro aspecto muito importante na organização dos programas e na prática em saúde coletiva é a identificação das necessidades sentidas pela população-alvo. Reconhecer os problemas sempre foi uma função dos profissionais de saúde, porém é necessário identificar o que a população considera problema e quais são os mecanismos para o seu enfrentamento. Se a prática em saúde não considerar esse aspecto da realidade, as políticas poderão se tornar medidas não apropriadas para a população, com soluções tecnocráticas voltadas para problemas inexistentes ou pouco importantes para ela, a quem se destinam as ações.

Considerando-se que a qualidade de vida de uma população sofrerá modificações a partir da ação de diferentes instituições executoras de políticas públicas, faz-se indispensável a leitura das necessidades de saúde de uma população concreta.

## HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

 É o nome dado ao conjunto de processos interativos compreendendo “as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alteração que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte”. (Leavell & Clark, 1976).

**Período de Pré-Patogênese**

O primeiro período da história natural (denominado por Leavell & Clark [1976] como período pré-patogênese) é a própria evolução das inter-relações dinâmicas, que envolvem, de um lado, os condicionantes sociais e ambientais e, do outro, os fatores próprios do suscetível, até que chegue a uma configuração favorável à instalação da doença. É também a descrição desta evolução. Envolve, como já foi referido antes, as inter-relações entre os agentes etiológicos da doença, o suscetível e outros fatores ambientais que estimulam o desenvolvimento da enfermidade e as condições sócio-econômico-culturais que permitem a existência desses fatores.



**Prevenção**

 Winslow, citado por Leavel & Clark (1976), define: "Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde".



**Prevenção Primária**

Promoção da Saúde - é feita através de medidas de ordem geral.

* Moradia adequada.
* Escolas.
* Áreas de lazer.
* Alimentação adequada.
* Educação em todos dos níveis

Proteção Específica

* Imunização.
* Saúde ocupacional.
* Higiene pessoal e do lar.
* Proteção contra acidentes.
* Aconselhamento genético.
* Controle dos vetores.

A atenção primária à saúde, também denominada cuidados primários de saúde foi definida pela [Organização Mundial da Saúde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%BAde) em [1978](http://pt.wikipedia.org/wiki/1978) como: atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata)

As principais características da atenção primária à saúde são:

* Constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado.
* Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.
* Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais.
* Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

**Prevenção Secundária**

Diagnóstico Precoce

* Inquérito para descoberta de casos na comunidade.
* Exames periódicos, individuais, para detecção precoce de casos.
* Isolamento para evitar a propagação de doenças.
* Tratamento para evitar a progressão da doença.

Limitação da Incapacidade

* Evitar futuras complicações.
* Evitar seqüelas.

 **Prevenção Terciária**

* Reabilitação (impedir a incapacidade total).
* Fisioterapia.
* Terapia ocupacional.
* Emprego para o reabilitado

## DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS)

 São as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Alguns determinantes da saúde são biológicos ou estão sob maior controle do indivíduo; outros, de abrangência coletiva, são dependentes dos condicionantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, assim como de políticas públicas de saúde e extra setoriais;

* + Para alcançar saúde é necessário atuar sobre o universo dos determinantes pessoais e coletivos;
	+ Articula condições de vida e estilo de vida.
* **Condições de vida:**

 Condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente.

* **Estilo de vida:**

 Formas social e culturalmente determinadas de vida, que se expressam no padrão alimentar, no dispêndio energético cotidiano no trabalho e no esporte, hábitos como fumo, álcool e lazer.



Por que enfatizar os determinantes sociais?

* Os determinantes sociais têm um impacto direto na saúde;
* Os determinantes sociais estruturam outros determinantes da saúde;
* São as ‘causas das causas.

## A ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA/SAÚDE PÚBLICA

O profissional de enfermagem tem um papel muito importante na saúde pública. Cabe a ele:

* Dirigir a prática profissional no sentido da responsabilidade pela implementação das mudanças necessárias e a adoção de uma postura solidária junto a clientela atendida, reconhecendo suas principais necessidades.
* Reconhecer-se como sujeito/profissional ativo do processo de mudanças necessárias.
* Manter uma postura participativa e criativa, balizada pela realidade do exercício profissional.

**HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

No início do século XX, apesar da alta mortalidade, não existiam hospitais públicos, apenas entidades filantrópicas, mantidas por contribuições e auxílios governamentais. Para as pessoas com melhores condições financeiras existia a assistência médica familiar (IYDA,1993). O hospital que havia até então contava apenas com trabalho voluntário, sendo um depósito de doentes que eram isolados da sociedade com o objetivo de não "contagiá-la" (SCLIAR,1987).

Nas primeiras décadas do século, houve um grande crescimento econômico no Brasil, no entanto foi um período de crise sócio-econômica e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçava a economia agro exportadora brasileira prejudicando, principalmente, a exportação de café, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra. Para reverter a situação, o governo criou medidas que garantissem a saúde da população trabalhadora através de campanhas sanitárias de caráter autoritário (SCLIAR,1987).

Somente na década de 20 é que se dá a primeira medida concreta, em nível nacional, para a criação do sistema de saúde pública. A Diretoria Geral de Saúde Pública é organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, que resolve o problema sanitário, implementando, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde. Oswaldo Cruz adotou o modelo das 'campanhas sanitárias' (inspirado no modelo americano, mas importado de Cuba), destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais (LUZ,1991).

As campanhas de saúde pública eram organizadas de tal forma que assemelhavam-se a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes portadores de doenças contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitaristas. Esta situação levou à "Revolta da Vacina", no Rio de Janeiro, quando a população revoltou-se com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (SCLIAR, 1987).

A partir de 1983, a sociedade civil organizada reivindicou, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive direito à saúde, visto também como dever do Estado. *"Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania."* (LUZ, 1991)

- Final do séc. XIX: ações sanitárias isoladas, combate à febre amarela
- Início XX: programas de saneamento e de controle de endemias (reforma Carlos Chagas, 1923)
- 1966: INPS - estende benefícios aos trabalhadores formalmente empregados
- Década de 70: o *movimento sanitarista* e a universalização do acesso à assistência médica
- 1988-90: SUS = *descentralização* e *municipalização* dos serviços de saúde
- 2001: NOAS SUS “responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica”: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase...
- 2001-02: PITS, PSF, PACS e CN-DST/AIDS: descentralização das ações de prevenção e controle das DST’s